

## کیفیت خدمات درمانی: به چه قیمتی؟

تلخیص و ترجمه محمد خسرو لقمانیان

بهداشت و درمان محسوب خواهد شد. پس از ده سال و افزایش نرخ خدمات درمانی به میزان دو رقم اعشار در دهه ۱۹۸۰ در حال حاضر شاهد کاهش منظم و آرام نرخ مذکور طی دهه جاری در بخش خصوصی هستیم. بعنوان مثال یکی از شرکت‌های مشاوره‌ای در بخش خصوصی اعلام داشته است که نرخ خدمات بیمه درمان ویژه کارفرمایان معادل ۵/۰ درصد در سال ۱۹۹۶ افزایش یافته حال آنکه هزینه‌های درمانی رشدی معادل ۴/۴ درصد داشته که کمترین میزان رشد از ۱۹۶۰ تا کنون به شمار می‌رود. طبعاً این امر به معنای کاهش میزان رشد هزینه‌ها در حوزه بهداشت و درمان و در نتیجه اختصاص منابع در جهت دیگر مصارف عمومی جامعه در قالب برنامه «درمان سازمان یافته Managed Care» است.

به رغم آنچه گفته شد برخی مصرف‌کنندگان خدمات درمانی و همچنین سیاستگذاران واهمه دارند که برنامه مذکور محدودیت‌هایی مانند عدم دسترسی کامل به برخی خدمات را به همراه داشته باشد. عبارت دیگر اگر چه هزینه‌های درمانی با

پس از عدم پذیرش لایحه پیشنهادی پوشش همگانی بیمه درمانی از سوی کنگره امریکا در سال ۱۹۹۴ بخش عمده‌ای از سیاست ملی در حوزه بهداشت و درمان به مقوله تضمین کیفیت خدمات درمانی متمرکز گردید و وکلای ایالتی با طرح الزامات قانونی جدید، گام‌های موثری در این خصوص برداشتند. در عین حال کنگره امریکا با طرح این مطلب که دسترسی عموم مردم به خدمات درمانی و کیفیت آن در بخش خصوصی به لحاظ افزایش فزاینده قیمت‌ها نادیده گرفته شده، به حمایت از آنان پرداختند. همچنین برخی سیاستگذاران اظهار داشتند دو برنامه ملی Medicaid و Medicare عامل اصلی انباشت ثروت در بخش خصوصی بوده، هر چند که در این مسیر کیفیت خدمات درمانی اساساً مورد توجه قرار نگرفته است. بهمین دلیل در آینده ارتقاء کیفیت خدمات درمانی با توجه به هزینه فزاینده طرح‌ها و برنامه‌های بخش عمومی و دولتی و همچنین تنظیم قوانین و مقررات ناظر بر روند ارائه خدمات درمانی در بخش خصوصی دو چالش بزرگ در حوزه

سالخوردگان و فقرا نسبت به سایر گروههای اجتماعی از سلامت با نسبه کمتری برخوردارند و چنانچه منابع جدید مالی علاوه بر مبلغ ۳۵۰ میلیون دلار که همه ساله برای دو برنامه فوق الذکر لحاظ میشود جهت گروههای آسیب پذیر جامعه اختصاص نیابد مخاطرات زیادی سلامت آنان را تهدید خواهد نمود.

جدول شماره یک میزان رشد بودجه پیشنهادی و وصولی حق بیمه های مأخوذه در برنامه مذکور طی سالهای ۱۹۶۵ - ۹۶ را نشان میدهد.

همانگونه که مشاهده می نماید در دهه ۱۹۸۰ نرخ رشد وصولی حق بیمه های مأخوذه در برنامه Medicare سالانه معادل ۷٪ و در برنامه Medi Caide سالانه معادل ۶٪ بوده حال آنکه طی سالهای ۱۹۹۵ - ۶ میزانهای مورد اشاره به ترتیب به ۶/۳ و ۴/۵ درصد تنزیل یافته اما همچنان بیش از میزان رشد تولید ناخالص داخلی (GDP) که معادل ۲/۸٪ بوده برآورد گردیده است علت اصلی کاهش هزینه ها در برنامه ملی Medicare اصلاحاتی است که در شیوه های پرداخت (نظام کارانه) اعمال شده حال آنکه موفقیت در برنامه ملی Medicaid مرهون تغییراتی است که در ترکیب بودجه ریزی حوضه

اجرای برنامه «درمان سازمان یافته» کاهش یافته است ولی از کیفیت خدمات نیز بطور محسوسی کاسته شده است. همچنین دلیل برخی لوایح قانونی از سوی مجلس امریکا و همچنین برخی نشست های کارشناسی از سوی رئیس جمهور در جهت افزایش کیفیت خدمات درمانی پیشنهاد گردیده است.

برنامه های ملی و رشد هزینه های درمانی در بخش دولتی

دولت آمریکا مستقیماً ۲۷٪ خدمات درمانی مورد نیاز جامعه را از طریق دو برنامه ملی Medi care (که ویژه سالخوردگان و معلولین است و به شکل خدمات ایالتی ارائه میشود) و Medicaid (که ویژه فقر است و به هر دو شکل خدمات ایالتی و فدرال ارائه میشود) تأمین می نماید. ۴۰٪ منابع مورد نیاز هر دو برنامه از سوی بخش دولتی تأمین میشود و اگر مالیات بخش خصوصی فعال در حوزه بهداشت و درمان نیز مدنظر قرار گیرد سهم بخش دولتی از میزان مذکور فراتر خواهد رفت. با کمی دقت در خواهیم یافت که این میزان هزینه و پوشش در سطح جامعه مرید این نکته خواهد بود که

جدول ۱. رشد مقادیر بودجه و هزینه های محقق شده دو برنامه ملی Medicare و Medicaid

طی سالهای ۹۶ - ۱۹۶۵

ردیف	سال	بودجه پیشنهادی		وصولی بیمه های دریافتی	
		Medicaid	Medicare	Medicare	Medicaid
۱	۱۹۶۵	۰	۰	۰	۰
۲	۱۹۷۵	۲۱/۸ میلیارد دلار	۲۲ میلیون دلار	۴۲/۹ میلیارد دلار	۳۵/۴ میلیارد دلار
۳	۱۹۸۵	۲۷/۱ میلیارد دلار	۲۱/۸ میلیون دلار	۱۰۱/۲ میلیارد دلار	۵۷/۸ میلیارد دلار
۴	۱۹۹۶	۳۸/۱ میلیارد دلار	۴۱/۷ میلیون دلار	۲۰۳/۱ میلیارد دلار	۱۴۷/۶ میلیارد دلار

دو رکن اصلی این تغییرات را تشکیل می‌دهند.

#### محیطی با رقابت‌های بیشتر

تحولات اخیر در نظام درمانی آمریکا که بیشتر به فوریت‌های پزشکی و کمتر به مراقبت‌های سرپایی بیماران می‌پردازد متعاقب اصلاحاتی است که در نظام پرداخت برنامه ملی Medicare در دهه ۱۹۸۰ به وجود آمده و موجب افزایش میزان تقاضا از سوی کارفرمایان بخش خصوصی به خدمات درمان گردیده که البته این امر بنوبه خود با افزایش توان ارائه خدمات از سوی بیمارستانها و پزشکان نیز همراه بوده است. جدول شماره ۲ با معرفی برخی شاخص‌ها به تحولات مورد نظر اشاره می‌نماید:

همانگونه که مشاهده مینماید به طور مثال با کاهش میزان پذیرش‌های بیمارستانی و مدت اقامت بیماران بستری در بیمارستانها هم اکنون ضریب اشغال تخت در بیمارستانهای آمریکا به کمتر از ۶۳٪ رسیده است و برآوردها حکایت از آن دارد که در حال حاضر حدود ۳۰٪ فارغ التحصیلان حرف مختلف پزشکی مازاد بر نیاز واقعی است. طبقاً بحث رقابت قیمت‌ها در چنین محیطی حتی در بازارهایی که دارای تجارب مشابه‌ای هستند، غیر قابل اجتناب بوده و بسیاری از درمانها و مراقبت‌های

بهداشت و درمان و جایگزینی بودجه‌های ایالتی صورت گرفته است به طوری که در سال ۱۹۹۷ تصویب لایحه بودجه برنامه‌های بهداشتی - درمانی با اندک تغییراتی سبب شد پس اندازهایی در صندوق برنامه ملی Medicare بوجود آید و هزینه برنامه‌های ملی Medicare به مقادیر فزاینده‌تری کاهش یابد این بررسی‌های کارشناسی به عمل آمده موید این نکته است که توجه کمتری به خصوصیات جمعیتی شده و این خود در آینده سبب خدشه دار شدن فرآیند دسترسی به خدمات در برنامه ملی Medicare خواهد شد. به عبارت دیگر میزان تعداد افراد تحت پوشش بیمه شده که میتوانند از خدمات درمانی برنامه ملی Medicare استفاده نمایند. هر سه نفر به دو نفر تقلیل خواهد یافت. به همین دلیل عوامل فراوانی در داخل و خارج مجلس آمریکا را تحت فشار میدهد تا با اعمال تغییرات ساختاری بلند مدت هزینه‌های خدمات درمانی را در قالب یک فرآیند نهادینه شده کاهش یابد.

برنامه ملی درمان سازمان یافته (Managed Care) و افزایش رقابت میان ارائه دهندگان خدمات درمانی که از مهمترین دستاوردهای برنامه ملی Medicare به شمار می‌روند

جدول ۲. روند تغییرات بعمل آمده در الگوی ارائه خدمات درمانی طی سالهای ۱۹۹۴ - ۱۹۷۵

ردیف	عنوان شاخص	سال مطالعه			
		۱۹۷۵	۱۹۸۰	۱۹۸۵	۱۹۹۴
۱	پذیرش بیمارستانی به ازاء هر ۱۰۰۰ نفر	۱۵۶	-	۱۴۱	۱۱۸
۲	ضریب اشغال تخت	۷۴/۸٪	-	۶۴/۸٪	۶۲/۹٪
۳	بیماران سرپایی به ازاء هر ۱۰۰۰ نفر	۹۱۱	-	۹۳۶	۱/۴۷۸
۴	تعداد موارد ویزیت پزشک به ازاء هر نفر	-	۴/۸	-	۶/۱
۵	نسبت جمعیت به ازاء هر پزشک	۷۴۱	-	۵۵۵	۴۸۳

درمانی اقشار مختلف جامعه همچون فرمایان بیمه شده، کارفرمایان کوچک و بزرگ و حتی برخی سازمانهای دولتی را تحت تأثیر اهداف و عملکرد خود قرار داده‌اند.

اختصاص برخی سوبسیدها برای غیر بیمه شدگان از دیرباز، بیمارستانها که خدمات درمانی مورد نیاز مردم را ارائه می‌نمایند به بیمارانی که فاقد پوشش بیمه درمانی هستند سوبسیدهایی را پرداخت نموده و مازاد آن در حسابهای خاصی نگهداری میشود تا از آن محل سوبسیدهای لازم برای بیماران فاقد پوشش بیمه درمانی پرداخت گردد، البته این امر در بیمارستانهای غیر انتفاعی که قانوناً مانعی برای انجام آن ندارند امکانپذیر می‌باشد اخیراً مطالعات انجام یافته موید این نکته است که از سال ۱۹۸۴ تاکنون حدود ۶٪ کل هزینه‌های سالانه بیمارستانی مشمول سوبسید شده است. همچنین نتایج مطالعات مذکور عنوان میدارد که بیمارستانهای عمومی آموزشی که عمدتاً مورد استفاده بیماران تحت پوشش برنامه ملی Medicaid هستند بخش وسیعی از بیمارستانهای مورد نظر و بالغ بر ۲۰٪ بیمارستانهای عمومی را شامل میشوند. طبعاً چنین خدمات خیریه‌ای نوعی اعمال سوبسید برای افراد نیازمند از طریق تأمین منابع لازم و افزایش دریافتی از بیماران تحت پوشش بیمه‌های مختلف آنگونه که اشاره شد، محسوب میشود. ذکر این نکته ضروریست که ایجاد زمینه‌های رقابت بیشتر در میان ارائه‌کنندگان مختلف خدمات درمانی بمنظور ارائه خدمات مورد نیاز افراد نیازمند دارای پوشش‌های بیمه‌ای سبب خواهد شد ضمن فراهم آوردن امکانات لازم برای اخذ هزینه‌های بیش از

قیمت تمام شده واقعی چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی انعطاف‌پذیری بیمارستانهای مبتوع جهت اقدام در خصوص بیماران نیازمند فاقد حمایت‌های لازم نیز افزایش یابد. بدهی است این امر در قالب برنامه‌های ملی چون درمان سازمان یافته (MediCare) و دخالت دادن کلیه ارائه دهندگان خدمات درمانی امکانپذیر خواهد بود. به مرور و با تداوم اعمال سیاست‌های کنترل هزینه در بخش خصوصی بعنوان مثال "درمان سازمان یافته MediCare" و ایجاد رقابت بیشتر در میان ارائه دهندگان خدمات درمانی اعمال برنامه‌های ملی Medicaid MediCare منابع مالی که تا آن زمان در تأمین هزینه‌های افراد نیازمند فاقد پوشش‌های بیمه‌ای فاقد استفاده واقع می‌گردید، مصرف نگردید طبعاً این امر در طولانی‌مدت سبب خواهد شد یا به دنبال منابع اعتباری دیگر و هزینه از آن طریق باشد و یا سیاست انقباضی برخی خدمات و محدود نمودن ارائه آنها را مطرح نمایی. البته با توجه افزایش تحت پوشش این طرح از میزان ۳۴/۷ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۴۱/۷ میلیون نفر در سال ۱۹۹۶ قطعاً مشکلات فزاینده‌ای مطرح خواهد شد چنانچه برخی تغییرات اعمال شده ارائه خدمات درمانی که در جدول شماره ۲ به آنها اشاراتی شده توجه نمائیم و ویژگی‌های آن بیشتر آشنا خواهیم شد. همانگونه که مشاهده می‌نمائیم تأمین منابع مالی مورد نیاز افراد نیازمند که فاقد پوشش‌های بیمه‌ای هستند در فوریتها و حوادث غیر مترقبه در مقایسه با مشکل بوده است.

شفاف نمودن شاخص‌های کیفی و کنترل هزینه خدمات درمانی

با توجه به آنچه که در خصوص اهمیت مقوله هزینه

قانونی ضروری بنظر میرسد.

حدود شاخص‌ها و استانداردهای کیفی خدمات درمانی

موفقیت هر بازار رقابتی حتی در حوزه بهداشت و درمان به نگرش و طرز تلقی مصرف کننده آگاه مرتبط میشود و طبعاً دیدگاه مصرف کنندگان خدمات مذکور از کیفیت بامصرف کنندگان کالاهای دیگر خدمات در سایر بخش‌های اقتصادی متفاوت است و بدیهی است این امر سبب بروز تغییراتی در فرآیند تولید و توزیع خدمات بهداشتی و درمانی گردیده است. به لحاظ وجود برخی مشکلات در زمینه سنجش کیفیت خدمات مذبور، طی سالهای اخیر تلاشهای سازمان یافته‌ای انجام و شاخصهای قابل اندازه‌گیری جنبه‌های کیفی خدمات بهداشتی و درمانی شناسائی و معرفی شده است. اگرچه برآورد شاخصهای مطبوع ساده‌تر از شاخصهایی است که بیشتر موید جنبه‌های کیفی خدمات بهداشتی و درمانی است ولی به هر جهت بعنوان ابزار قابل قبولی بهنگام بخش کیفیت خدمات مذکور مورد استفاده قرار می‌گیرند و عموم افرادی که شاخص‌های مورد نظر استفاده می‌نمایند همچون مصرف کنندگان، قانونگذاران، کارفرمایان و مدیران بخش دولتی بایستی از این واقعیت آگاهی داشته باشند. نکته دیگری که حائز اهمیت است به تفاوت‌های موجود در طرز تلقی و نگرش مصرف کنندگان مختلف از مقوله کیفیت مرتبط می‌شود. بعنوان مثال افراد مسن و کم درآمد جامعه برداشت دیگری از کیفیت خدمات بهداشتی درمانی دارند و به تسهیلات و امکانات موجود در فرآیند عرضه خدمات توجه بیشتری نشان میدهند حال آنکه

خدمات درمانی و بازار رقابتی موجود در دنیای معاصر ذکر شد کیفیت خدمات مذکور چگونه ارزیابی میشود؟ هم اکنون دولت‌های ایالتی نقش بسیار مهمی در تدوین استانداردهای کیفی و نظارت بر اجرای آنها از طریق اعطای گواهینامه‌ها به اشخاص حقیقی و حقوقی حرفه‌ای، سازمانهای بیمه‌گر و برنامه‌های مختلف در این حوزه را دارند. البته این امر متعاقب قانونگذاریهائی همچون اقامت اجباری پس از تولد نوزاد یا برخی جراحی‌های شایع در مراکز درمانی و در راستای ایجاد تعادل بین دو سیاست اجرائی کنترل هزینه‌ها و رعایت برخی استانداردهای کیفی خدمات در حوزه بهداشت و درمان بویژه در بیمارستانهای بخش خصوصی که از سوی محافل قانونی ایالتی و فدرال اعمال شد، لازم الاجرا گردید.

خطر بزرگی که نظام بهداشت و درمان آمریکا را تهدید می‌کند آفت قانونگذاری از این واقعیت که ارتقاء کیفیت خدمات مذکور بموازات کاهش هزینه‌ها در هاله‌ای از ابهام قرار دارد آگاهی ندارند و با لطبع عملی ساختن این هدف نیازمند فراهم آوردن تمهیدات بخصوصی است. بعنوان مثال نظام پراخت کارانه و یا برنامه درمان سازمان یافته (Managed Care) مطابق با استانداردهای کیفی که در آن لحاظ گردیده بود، پیش نرفتند. از مهمترین دلایل عدم موفقیت طرحهای مورد اشاره عدم ارسال گزارش از سوی ارائه کنندگان خدمات درمانی به سازمانهای بیمه‌گر بویژه در خصوص میزان رضایتمنی بیماران از خدمات ارائه شده بود که علیرغم تأکیدی که در این زمینه مطرح گردیده بود تعداد محدودی اقدام می‌نمودند. یعنی منظور شفاف و عملی‌تر ساختن اینگونه الزامات و استانداردهای

دیگر گروه‌های اجتماعی به مقوله کیفیت خدمات مذکور به گونه‌ای دیگر می‌نگرند.

#### نتیجه‌گیری از مباحث مطرح شده

اگرچه برنامه‌های ملی Medicaid و MediCare از مزایای طرح‌های کنترل هزینه منتفع میشوند اما به سه دلیل مشخص نتوانسته‌اند همچون بخش خصوصی در چالش موجود عمل نمایند. اولاً، برنامه‌های ملی می‌بایست تمام آحاد جامعه و نه فقط گروه‌های محدودی را تحت پوشش قرار دهد. به عنوان مثال برنامه‌های ملی MediCare و Medicaid نمیتوانند خدمات خود را به اقشار نیازمند بر خلاف آنچه که در بیمه‌های خصوصی و برخی کارفرمایان مشاهده می‌شود، تعمیم ندهند. به همین دلیل برنامه‌های ملی حوضه بهداشت و درمان مسیری هم سو با بخش خصوصی در مقوله کنترل هزینه‌ها ندارند زیرا در برخی موارد گروهی از ارائه‌کنندگان خدمات درمانی در بخش خصوصی مسیر درمانی افراد نیازمند ولی بدون استطاعت مالی را تغییر جهت داده و بار مالی این فرآیند را به بخش دولتی تحمیل می‌نماید. ثانیاً، پرداخت‌کنندگان هزینه خدمات درمانی در بخش

دولتی بایستی بطور کامل از چگونگی و نحوه تأثیر فرآیندهای عرضه و تقاضا در حوضه بهداشت و درمان آگاهی داشته باشند. بعنوان مثال، بیمارستانهای آموزشی بخش دولتی خدمات زیست‌مندی را برای گروه‌های که از لحاظ مالی از لحاظ مالی استطاعت مالی ندارند، فراهم می‌نمایند. چنانچه روند کنترل هزینه‌ها به بخش دولتی تسری یابد آنها می‌بایست بدنبال منابع دیگر اعتباری باشند و یا نتایج و پیامدهای احتمالی را پذیرا باشند. ثالثاً افرادی که از برنامه‌های ملی بهره‌مند میشوند بعنوان مثال سالمندان و فقرا در مقایسه با دیگر گروه‌های جامعه به نوعی ارائه خدمات پایدار و متعهد نیازمندند و این امر سازمانهای متولی را ناگزیر به تلاش بیشتر و مسئولانه و امیدارد، ویژگی‌هایی که برشمرده شد از مهمترین اصول حاکم بر رقابت آگاهانه موجود در بازار حوزه بهداشت و درمان محسوب میشود که نه تنها مدیران و برنامه ریزان حوضه مذکور بلکه سیاستگذاران و دولتمردان را نیز متوجه مهمترین نیازمندیهای بهداشتی و درمانی گروه‌های مختلف جامعه بویژه سالمندان و فقرا می‌سازد.

\* \* \*

#### منابع و مأخذ:

1. Nichols. Len M, "Health Care Quality", The Urban Institute, No.13, May 1998
2. Levit. Katherine R, Helen C Lazenby, Bardley R. Braden and the National Health Accounts Team. 1998 "National Health Spending Trends in 1996". Health Affairs, vol.17, no. (Jan - Feb).
3. Mann, Joyce M, Glenn Melnick, Anil Bamezari, and Jack Zwanziger 1997. "A [ro]pile of uncompensated Hospital Care", 1983 - 95. Health Affairs, vol. 16, no.4 (Jul - Aug).